

ECOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

ANNÉE 1931

THÈSE

N° 7

POUR

LE DOCTORAT VÉTÉRINAIRE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1931

PAR

André PECCAVY

né le 22 novembre 1906, à Longuyon (M.-et-M.)

DE LA HERNIE INGUINALE AIGÜE

CHEZ LE CHEVAL ENTIER

Ses différents moyens de traitement

Etude spéciale du Taxis

JURY { *Président* : LENORMANT, professeur à la Faculté de Médecine
 { *Assesseeurs* : { COQUOT } professeurs à l'École Nationale
 { BRESSUN } Vétérinaire d'Alfort

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1931

**De la Hernie inguinale aiguë
chez le cheval entier
Ses différents moyens de traitement
Etude spéciale du Taxis**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551829_0070

ECOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

7

POUR

LE DOCTORAT VÉTÉRINAIRE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1931

PAR

André PECCAUVY

né le 22 novembre 1906, à Longuyon, (M.-et-M.)

DE LA HERNIE INGUINALE AIGÜE

CHEZ LE CHEVAL ENTIER

Ses différents moyens de traitement

Etude spéciale du Taxis

JURY { *Président* : LENORMANT, professeur à la Faculté de Médecine
 { *Assesseurs* : { COQUOT } professeurs à l'École Nationale
 { BRESSUN } Vétérinaire d'Alfort

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1931

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'ÉCOLE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

Directeurs honoraires : MM. P.-J. CADIOT et H. VALLÉE

Directeur : M. E. NICOLAS

Professeurs honoraires : MM. G. BARRIER, Inspecteur général
honoraire des Ecoles Vétérinaires ; P.-J. CADIOT,
A. RAILLIET, H. VALLÉE.

PROFESSEURS ET CHARGES DE COURS

	MM.
Anatomie descriptive des animaux domestiques..	BRESSOU.
Physiologie, thérapeutique générale.....	MAIGNON.
Physique et Chimie médicales, toxicologie, pharmacie.....	NICOLAS.
Parasitologie et maladies parasitaires, clinique; Zoologie.	HENRY.
Pathologie médicale des équidés et des carnassiers, clinique; sémiologie et propédeutique, jurisprudence.	ROBIN.
Pathologie chirurgicale des équidés et des carnassiers, clinique; anatomie chirurgicale, médecine opératoire et ferrure.....	COQUOT.
Pathologie bovine, ovine, caprine, porcine et aviaire, clinique; médecine opératoire; obstétrique.	LESBOUYRIES.
Microbiologie, maladies microbiennes et police sanitaire; clinique	PANISSET.
Histologie et embryologie; pathologie générale et anatomie pathologique; autopsies.....	PETIT.
Zootecnie et économie rurale.....	DECHAMBRE.
Agronomie, botanique et hygiène; matière médicale.	DECHAMBRE et HENRY.
Industrie et contrôle des produits d'origine animale.	VERGE.

PROFESSEUR AGREGÉ

M. LESBOUYRIES

CHEF DE TRAVAUX AGREGÉ

M. SIMONNET

CHEFS DE TRAVAUX

MM. MONVOISIN, MOUSSU (R.), VALADE



*La Faculté de Médecine et l'Ecole Vétérinaire déclarent que les
opinions émises dans les dissertations qui leur sont présentées
doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elles
n'entendent leur donner ni approbation, ni improbation.*

A MES PARENTS,

*Témoignage de filiale tendresse et de
ma reconnaissance.*

A M. LE PROFESSEUR LENORMANT,

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.*

A M. LE PROFESSEUR COQUOT,

*Respectueuse gratitude pour avoir bien
voulu s'intéresser à ce travail.*

A M. LE PROFESSEUR BRESSOU,

A TOUS MES MAITRES DE L'ECOLE D'ALFORT,

Hommage de profonde reconnaissance.

Hernie inguinale aiguë chez le cheval entier.

Ses différents moyens de traitement.

Étude spéciale du taxis.

AVANT-PROPOS

La hernie inguinale aiguë est le résultat du passage dans le canal inguinal, d'une manière brusque et soudaine, d'un ou plusieurs organes, renfermés dans la cavité abdominale et dont l'étranglement en est le résultat immédiat. D'où l'habitude prise de désigner, en médecine vétérinaire, la hernie inguinale aiguë sous le nom de hernie inguinale étranglée.

Elle est, chez le cheval entier, un accident grave, nécessitant une intervention des plus hâtives. Nombreux sont les moyens d'intervention, mais pouvant tous se classer en deux catégories :

- 1° Taxis ;
- 2° Opération.

et dont certains répondent à des nécessités de clientèle. En effet, il est indéniable que le traitement doit être différent, suivant que l'on se trouve en présence d'un étalon d'un grand prix ou d'un cheval entier uniquement employé comme moteur. Dans le premier cas, le praticien doit se proposer, outre la conservation de la vie de l'animal, de lui laisser intacts ses organes génitaux, point de vue tout à fait secondaire dans le deuxième cas, la vie du sujet étant seule en jeu.

Nous diviserons notre travail en deux parties principales :

Dans la première, nous rappellerons successivement :

- a) Anatomie de la région inguinale ;
- b) Organes herniés et différents modes de hernies inguinales ;
- c) Sièges de l'étranglement.

Après avoir ainsi exposé les notions anatomiques et physiologiques, nous passerons en revue, dans la seconde partie, les différents procédés de traitement de l'affection :

1° Taxis ;

2° Kélotomie ;

3° Opération conservant les testicules.

Nous terminerons ce modeste travail en décrivant quelques cas intéressants et en nous efforçant d'en tirer des conclusions vraiment pratiques.

PREMIÈRE PARTIE

ANATOMIE DESCRIPTIVE DE LA REGION INGUINALE

La région inguinale se forme par l'adossement de la paroi postéro-latérale de l'abdomen, à la face interne de la cuisse. Elle correspond donc au pli de l'aîne. Extérieurement, elle est limitée par le pli du grasset en dehors, en arrière par le plat de la cuisse, en avant par la courbe du ventre et en dedans par le tendon prépubien des muscles abdominaux.

Nous avons à étudier successivement dans cette région :

- 1° Le trajet herniaire ou canal inguinal ;
- 2° Le sac herniaire ou gaine vaginale.

Trajet herniaire. — C'est le canal ou interstice inguinal, oblique de haut en bas, de dehors en dedans et d'avant en arrière. Sa longueur oscille entre 15 à 18 centimètres environ. Ce conduit existe normalement chez le mâle et loge le cordon testiculaire. On y peut distinguer : deux parois, l'une antéro-interne, formée par le muscle petit oblique de l'abdomen ou, autrement dit, oblique interne ; l'autre, postéro-externe, constituée par l'arcade crurale, encore appelée ligament de Fallope. Ces deux parties s'accolent l'une à l'autre pour former les commissures interne et externe. A remarquer que le canal a la forme d'un tronc de cône, à grande base inférieure.

L'orifice supérieur, ou anneau péritonéal, est une simple fente située entre le muscle oblique interne et l'arcade crurale. Il est situé sur les parties latérales du détroit antérieur du bassin, accessible à l'aide du bras par la fouille rectale, qui

permet de se rendre compte de sa situation, de sa grandeur, surtout dans les cas pathologiques. Parfois, la main pénètre entièrement dans l'anneau inguinal supérieur, comme le signale ALMY. Le plus souvent, dans le cas de hernie, on peut y engager un à deux doigts seulement.

Sa lèvre antéro-interne est formée de tissu musculaire extensible, n'ayant pas de rigidité; ses commissures sont lâches, ce qui permet d'expliquer la formation des hernies.

L'orifice inférieur, autrement dit anneau inguinal inférieur, est lui, sous-cutané. C'est une ouverture large et ovalaire à grand axe oblique de dehors en dedans et d'avant en arrière, aboutissant au tendon prépubien.

Sac herniaire. -- Le sac herniaire est beaucoup plus intéressant à considérer, dans le cas de hernie inguinale. Il est formé par la gaine vaginale, qui revêt entièrement le canal inguinal. C'est l'enveloppe péritonéale, constituée depuis la migration des testicules en dehors de l'abdomen.

Examinée attentivement, cette gaine présente une forme piriforme, dont l'ouverture supérieure est l'anneau vaginal, donnant issue dans la cavité abdominale et par lequel pénètre l'artère spermatique et le canal déférent.

Cette ouverture est, chez le cheval, toujours béante, tandis que, chez l'homme, le canal péritonéo-vaginal s'oblitére un peu avant la naissance et sa fermeture est complète dans le quinzième au vingtième jour après la naissance.

Ce phénomène permet de différencier chez l'homme :

- 1° Une hernie inguinale congénitale ;
- 2° Une hernie inguinale de l'adulte.

Cette dernière se développant en dehors de la gaine vaginale. Seule, la première est comparable à la hernie inguinale que l'on observe chez le cheval.

La gaine vaginale, chez le cheval entier, présente un évasement au niveau de son ouverture supérieure, puis une disposition tubulée qui se rétrécit sur une longueur de deux à trois

centimètres, pour s'élargir graduellement et progressivement en formant, en dernier, la cavité où est logé le testicule. Ce rétrécissement est ce que l'on appelle le collet de la gaine vaginale. C'est là le seul point important et intéressant, où se produira l'étranglement de l'intestin, dans le cas de hernie, comme nous l'indiquerons plus loin.

Ayant examiné sa forme, voyons maintenant la composition de cette gaine.

Elle nous offre à considérer :

1° Des parois ou bourses ;

2° Une séreuse qui la tapisse.

Les bourses sont formées de quatre membranes accolées : le scrotum, le dartos, le crémaster et la tunique fibreuse.

La tunique vaginale, comme toutes les séreuses, possède deux feuillets, l'un pariétal, l'autre viscéral, le premier adhérent à la tunique fibreuse.

La gaine vaginale est donc doublée extérieurement par une fibreuse, y adhérent intimement, ce qui la rend, par conséquent, complètement inextensible. — Une disposition anatomique, importante et intéressante lors de l'opération chirurgicale, est celle du crémaster externe. Il revêt la portion extérieure du canal inguinal, dans toute sa longueur.

Le débridement devra donc toujours se faire en cette partie externe, de façon à conserver et à respecter ce muscle qui fermera la gaine quand la séreuse et sa fibreuse auront été incisées.

Dans le goulot du canal inguinal, nous rencontrons, d'avant en arrière :

a) L'artère grande testiculaire ou spermatique, flexueuse dans son trajet et formant une agglomération vasculaire recouvrant la partie antéro-supérieure de la glande génitale.

b) Le canal déférent.

Voilà donc le canal inguinal constitué et contenant ses élé-

ments normaux qui forment le cordon testiculaire. C'est dans ce sac que l'intestin fait irruption, sous l'influence de causes plus ou moins diverses, et l'on a ainsi une hernie inguinale, qui ne tarde pas à devenir étranglée, à moins d'une ampleur anormale de la gaine vaginale.

ORGANES DÉPLACÉS OU HERNIÉS

Si tous les organes contenus dans l'abdomen peuvent concourir à produire des hernies ventrales ou autres, il n'en est pas de même pour les hernies inguinales, surtout aiguës. Seuls, quelques organes peuvent y participer et disons de suite que, dans la majorité des cas, c'est l'intestin grêle qui intervient ; ceci à cause de la dimension, de l'emplacement et des rapports du canal inguinal.

L'intestin grêle, d'une longueur de 22 mètres, de petit diamètre (3 à 4 centimètres), est suspendu à la région sous-lombaire par le grand mésentère qui s'insère sur sa petite courbure. Ce ligament séreux, de grande dimension, permet à l'intestin grêle de former de nombreuses circonvolutions, qui, très mobiles, se déplacent avec une grande facilité, même sous l'influence du simple péristaltisme. On conçoit donc aisément le passage du grêle dans l'anneau inguinal supérieur, sous l'influence d'une cause quelconque.

Les circonvolutions de l'intestin grêle occupent la partie gauche de l'abdomen ; il s'ensuit que la hernie inguinale est bien plus fréquente à gauche quoi qu'en ait dit autrefois GIRARD : « L'entérocele est incontestablement la hernie inguinale la plus fréquente, elle se manifeste rarement des deux côtés en même temps et elle s'établit le plus souvent du côté droit, sans que l'on puisse donner la véritable cause de cette particularité. »

En effet, c'est le plus souvent à gauche que l'on constate cette hernie. Tous les auteurs et tous les praticiens sont unanimes à le reconnaître.

Le colon flottant, ou petit colon, peut à son tour provoquer une hernie inguinale, mais beaucoup moins facilement. Ceci

pour de nombreuses raisons, tenant à ses dimensions, à sa longueur et à son mode d'attache.

En effet, d'un calibre sensiblement trois fois supérieur à celui de l'intestin grêle et d'une longueur beaucoup moindre, trois mètres environ, il offre, par conséquent, moins de surface et moins de prise aux anneaux inguinaux. Mais ce qui intervient surtout, c'est son mode d'attache. Alors que le grand mésentère s'insère pour ainsi dire en un seul point à la voûte abdominale, le petit mésentère prend ses points d'attache sur une ligne, allant de l'origine de l'artère grande mésentérique, jusqu'à la cavité pelvienne, en y pénétrant même entièrement. De plus, sa hauteur, de la voûte sous-lombaire à son insertion sur le colon flottant est beaucoup plus réduite. Si nous ajoutons à ceci, le plus gros volume du colon flottant, la plus grande épaisseur de ses parois et leur rigidité plus forte, on comprend facilement pourquoi il ne s'engage pas aussi aisément et aussi souvent que l'intestin grêle dans le canal inguinal.

Il n'en est cependant pas moins vrai qu'il peut parfois y participer, comme le témoignent certaines observations. En particulier, la bibliothèque de l'Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort possède un tableau fait par un élève, dans lequel il représente une hernie inguinale étranglée. On y reconnaît très facilement la présence du colon flottant, grâce à ses bandes charnues et à ses bosselures particulières, correspondant aux moulures des excréments.

L'intestin grêle et le colon flottant sont les deux organes qui, avec l'épiploon, forment les hernies inguinales aiguës.

Le colon replié et le cœcum sont d'une dimension trop importante, d'un calibre trop gros et possédant des parois trop épaisses pour pouvoir s'engager dans le canal inguinal normalement constitué.

La vessie, dit-on, peut s'engager partiellement dans ce canal ; nous ne l'avons jamais constaté, ni nous n'avons pas trouvé un seul cas dans la littérature vétérinaire. Ce que l'on

désigne sous le nom de cystocèle n'est point possible chez le cheval. On ne la rencontre que sur l'espèce canine.

Voyons maintenant comment on désigne les hernies inguinales, suivant les organes qui les provoquent et suivant leur volume.

Quand c'est l'intestin seul (soit le grêle ou le colon flottant) qui intervient, on la désigne sous le nom d'entéroccèle. S'il a entraîné une partie de l'épiploon, c'est une entéro-épiploocèle. Enfin, on peut encore distinguer, suivant le volume de l'intestin hernié. Dans le cas où la tumeur n'occupe que la profondeur de la région de l'aîne, nous avons un bubonocèle. Au contraire, si l'intestin descend dans le sac testiculaire et donne lieu à une tumeur assez volumineuse, nous avons un oschéocèle.

En résumé, l'intestin grêle est l'organe hernié le plus fréquemment, dans presque tous les cas, pour ne pas dire toujours. Le colon flottant ne s'y trouvant que très rarement, quand les anneaux inguinaux sont anormalement dilatés

Nous pouvons faire ici une remarque qui a son importance. Quelquefois, il peut y avoir étranglement du cordon testiculaire, par suite de la simple présence de l'épiploon dans le canal inguinal. Cet étranglement donne lieu, chez le cheval, à des symptômes simulant tout à fait l'entéroccèle, ainsi que l'a relaté le premier NOCARD, en 1881. Ce genre d'étranglement est justiciable du même traitement chirurgical que l'entéroccèle.

SIÈGE DE L'ÉTRANGLEMENT

Quel est le point exact où se produit l'étranglement de l'intestin dans le cas de hernie inguinale aiguë ? A ce sujet, tous les auteurs et chirurgiens vétérinaires n'ont pas été toujours d'accord, avant les remarquables travaux et expériences de H. BOULEY, en 1853.

Les prédécesseurs de GIRARD incriminaient l'anneau inguinal supérieur et recommandaient son débridement dans leurs manuels opératoires.

Vers 1827, GIRARD, en faisant paraître son *Traité sur les Hernies inguinales du cheval*, parle tantôt du collet de la gaine vaginale et tantôt de l'orifice supérieur du canal inguinal, comme point d'étranglement. Il faut pratiquer, dit-il, « le débridement du collet, mais, dans certains cas, l'on est obligé de prolonger un peu l'incision ou de pousser le débridement... mais il faut faire ces incisions secondaires avec ménagement. » Son opinion était donc douteuse.

Pour préciser nettement ce point de chirurgie vétérinaire et pour montrer combien il était dangereux de suivre les conseils de GIRARD, de RIGOT et d'ARBOVAL, H. BOULEY entreprit de démontrer systématiquement que, seul, le collet de la gaine intervenait dans l'étranglement.

Pour cela, il fit les expériences suivantes, que nous allons rappeler brièvement.

Sur les chevaux destinés aux exercices de dissection à l'Ecole Vétérinaire d'Alfort et avant de les sacrifier, H. BOULEY pratiquait une laparotomie dans le flanc gauche, lui permettant d'attirer avec la main une anse de l'intestin grêle. Le mésentère, perforé près de la petite courbure, recevait un morceau de ruban de fil qui encerclait l'intestin et était chargé ensuite

sur l'œillet d'une sonde en S. L'autre extrémité de la sonde, introduite dans l'abdomen par l'ouverture pratiquée précédemment, était dirigée par l'anneau inguinal supérieur dans le canal inguinal, jusqu'à la partie inférieure de la région des bourses. A l'endroit où elle soulevait ces tuniques, il pratiquait une boutonnière et attirait au dehors la sonde. De la sorte, l'anse intestinale était engagée dans le canal inguinal et il produisait ainsi une hernie expérimentale. Le cheval, relevé et laissé à lui-même, ne tardait pas à manifester des symptômes de coliques. L'étranglement se produisait. Après quelques heures, le sujet était sacrifié et l'autopsie minutieuse de la région inguinale pratiquée. La partie de l'intestin étranglé correspondait bien au collet de la gaine vaginale. A cet endroit précis, apparaissaient tous les phénomènes pathologiques de l'étranglement. Il n'y avait donc pas à s'y méprendre.

La démonstration du siège précis de l'étranglement n'est pas uniquement donné par ces dissections et ces expériences, mais aussi par les constatations que l'on peut faire chez les chevaux ayant succombé à l'opération de la hernie étranglée, soit par suite de gangrène ou de péritonite. Ces autopsies permettent de se rendre compte que, seul, le collet de la gaine vaginale a été débridé, que l'anneau inguinal supérieur est entièrement intact, ce qui n'a nullement empêché la réduction facile et rapide de la hernie. Il est de plus à remarquer que l'orifice supérieur est suffisamment grand pour permettre d'introduire par la fouille rectale deux à trois doigts, qui sont encore recouverts des parois assez épaisses de l'intestin, ce qui en augmente encore la grandeur. Donc, l'orifice supérieur, à lèvres musculaires, élastiques et extensibles, est suffisamment large et n'intervient pas dans la constriction.

Néanmoins, ce fait paraissant définitivement acquis par H. BOULEY, ne fut pas admis par tous les auteurs. REY, professeur à l'Ecole Vétérinaire de Lyon, publia en 1870, dans le journal de cette Ecole, un cas de hernie étranglée, où il précise

« l'inutilité du débridement de l'anneau inguinal constricteur ». Mais c'est surtout du côté de VERRIER, vétérinaire civil à Provins, que vint à cette époque l'opposition à la théorie rationnelle de BOULEY.

Voici ce que cet auteur écrivait encore en 1873 : « La pratique multiple que j'ai eue de ces graves accidents chez le cheval, m'a démontré de la manière la plus certaine que toutes les fois que le collet abdominal du sac herniaire n'est pas élargi par une incision, la réduction est rendue tout autant impossible qu'auparavant. Je me suis constamment trouvé dans l'obligation d'y avoir recours. Ce n'est pas que je prétende qu'il ne faut pas aussi quelquefois élargir le goulot de la poche herniaire. Non, sans doute, et le débridement de cette partie est assez souvent le complément utile de l'incision de la boutonnière abdominale... Il n'en faut pas douter, c'est à l'ouverture abdominale que se trouve le siège de l'étranglement. »

Pendant plusieurs années, une polémique s'engagea entre VERRIER, d'une part, BOULEY et les autres membres de la Société de Médecine Vétérinaire, d'autre part. Même, ces discussions devinrent orageuses. VERRIER n'en persista pas moins jusqu'en 1875, où il fit paraître son dernier article dans le *Recueil de Médecine Vétérinaire d'Alfort*, pour revenir sur un sujet dont personne ne disait mot, à part lui.

Malgré toutes les raisons qu'il invoqua, il ne parvint pas à convaincre ceux qui lui reprochaient de suivre les errements de GIRARD.

Tous les praticiens qui, à cette époque, avaient abordé franchement l'opération du débridement du collet de la gaine vaginale, eurent des succès qui leur valurent beaucoup d'imitateurs. A Paris, dans les Compagnies des Voitures, l'opération devint courante.

De nos jours, personne ne conteste plus le résultat des expériences de H. BOULEY. L'anatomie de la région inguinale, mieux connue, l'autopsie des chevaux morts des suites de l'opération classique et l'expérience de tous les chirurgiens, sont

autant de preuves et de points d'appui en faveur de l'étranglement par le collet de la gaine vaginale, l'anneau inguinal supérieur n'intervenant jamais.

Dans une thèse récente de Doctorat vétérinaire, étudiant la pathogénie de la hernie inguinale étranglée chez le cheval, l'auteur signale un cas de hernie semblable, de faible dimension, ne comprenant qu'une petite partie d'une anse de l'intestin grêle. A l'autopsie, il constata que la zone d'insertion du mésentère était restée complètement libre. La partie étranglée, bien délimitée, était rouge noirâtre. D'après cet auteur, les lésions qu'il a constatées dans ce cas ne laisseraient aucun doute : « Toute la partie herniée était logée dans la portion supérieure du trajet inguinal, au-dessus du collet », et, selon lui, l'étranglement était produit par l'anneau inguinal supérieur.

Est-ce à dire qu'il nous faut revenir à la théorie de GIRARD ou de VERRIER ? Non, nullement, car ce cas particulier prête à discussion et l'on peut dire que l'anneau inguinal supérieur n'intervenait pas dans l'étranglement, à moins d'une malformation. Cette hernie n'a-t-elle pas été réduite en partie, soit par le taxis pratiqué avant la mort de l'animal, soit que cette réduction partielle et spontanée soit la conséquence des mouvements produits par la souffrance ou par un décubitus dorsal prolongé. Il est encore permis d'émettre une autre hypothèse. Ne s'agit-il pas d'une simple hernie agonique, puisque l'anneau paraissait net ?

Donc, point n'est besoin de tenir compte de cette constatation particulière et nous pouvons dire, en résumé, avec H. BOULEY, que l'étranglement de l'intestin « n'est causé que par un point exclusif de la gaine vaginale : son collet ; et c'est exclusivement sur ce point rétréci, sur ce collet, que doit être pratiquée l'incision qui débride l'organe étranglé. »

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT DE LA HERNIE INGUINALE AIGÜE

Comme nous l'avons déjà dit, cet accident demande une intervention rapide, l'étranglement de l'intestin persistant, il s'ensuit des lésions de plus en plus grosses, amenant la gangrène, qui entraîne la mort de l'animal dans un bref délai.

Le praticien ne doit pas compter sur la réduction spontanée, qui peut se produire, soit à la suite d'un effort plus ou moins violent du sujet, soit par suite du péristaltisme intestinal, mais ceci seulement dans les cas où la constriction n'est pas forte. Cette réduction spontanée peut encore se produire quand l'animal se tient longtemps en décubitus dorsal, le poids de l'intestin intervenant et amenant sa rentrée dans l'abdomen. Nous ne pouvons pas dire, avec GIRARD : « qu'assez souvent l'intestin rentre de lui-même, les accidents cessant aussitôt et l'animal recouvre la santé. »

Cette heureuse terminaison de la hernie inguinale aiguë étant tout à fait exceptionnelle, le vétérinaire ne peut l'attendre et il doit provoquer la réduction sans délai.

Pour cela, de nombreux procédés manuels et opératoires, que nous allons étudier rapidement, sont à sa disposition.

Taxis en général.

Par Taxis, il faut entendre toute intervention ou toute manœuvre se faisant à l'aide des mains seules. Ce procédé consiste principalement en des pressions méthodiques, douces et pro-

gressives et en des poussées exercées à travers les parois du sac herniaire, sur l'intestin ectopié.

Dans certains cas, on associe à ces pressions une traction également douce et sans à-coup, sur l'anse intestinale, au moyen du bras, introduit dans le rectum et agissant à travers ses parois. Le premier est ce que l'on appelle le taxis scrotal, l'autre est le taxis rectal. Ces deux genres de taxis peuvent, bien entendu, être combinés et agir simultanément.

Le taxis scrotal peut être pratiqué, soit directement à travers toutes les enveloppes du testicule, soit après incision d'une ou plusieurs de ces tuniques. On pratique alors, suivant le cas, un taxis scrotal médiat ou immédiat. Il faut encore remarquer que ce taxis médiat peut se faire sur l'animal debout ou couché, d'où différentes manières d'intervenir.

Le taxis est une pratique très anciennement connue en médecine vétérinaire. Les anciens hippiâtres, SOLLEYSEL, LAFOSSE, le recommandaient pour guérir les « efforts » et les « descentes ». Au siècle dernier, la plupart des praticiens l'utilisaient pour réduire les hernies inguinales aiguës, l'opération chirurgicale étant regardée alors comme une dernière et ultime ressource, qui n'était pas sans danger, surtout lorsqu'ils suivaient les principes de GIRARD, qui leur amenaient si fréquemment une éviscération. Ce n'est vraiment qu'après les efforts de H. BOULEY que le taxis fit place peu à peu à l'opération chirurgicale.

Mais, à l'heure actuelle, bon nombre de praticiens l'utilisent encore, lorsqu'ils sont en présence d'une hernie inguinale aiguë, récente, et dont l'étranglement ne leur paraît pas excessif. Il ne faut donc pas rejeter systématiquement le taxis et ne voir comme moyen unique d'intervention la seule opération chirurgicale ou kélotomie. Ce serait une erreur.

Étudions maintenant les différents modes d'utilisation du taxis, qui se répartissent de la façon suivante :

- | | | |
|-------------------|---|-------------------------------|
| a) Taxis médiat | { | 1° scrotal. |
| | | 2° rectal. |
| | | 3° mixte ou scroto-rectal. |
| b) Taxis immédiat | { | a) vaginal. |
| | | b) direct. |
| | | c) combiné avec taxis rectal. |

A. — TAXIS MÉDIAT

1° Taxis médiat scrotal.

a) *Sur le sujet debout.* — Suivant que l'on est en présence d'une hernie inguinale à droite ou à gauche, l'opérateur se place dans le flanc droit ou gauche, le dos tourné à la tête de l'animal. Avec les deux mains, qu'il applique sur la tumeur, y compris la masse testiculaire, il provoque des poussées de bas en haut, vers l'abdomen, de façon à diminuer le volume de la masse herniaire et à refouler vers l'orifice supérieur du canal inguinal. Ce taxis seul n'est pas à conseiller, dans aucun cas. Le praticien agissant toujours d'une façon aveugle, sans contrôle de ce qu'il fait. Il ne peut jamais être certain que la hernie est entièrement réduite. De plus, ce procédé est inefficace le plus souvent, quand on est en présence d'une hernie inguinale importante et de gros volume, où l'étranglement ne permet pas les déplacements de l'intestin.

b) *Sur l'animal couché.* — En position dorsale, les deux membres postérieurs étant désentravés et écartés du plan médian ; en position costale, sur le côté opposé à la hernie, le membre postérieur correspondant à l'ectopie étant porté en extension, comme pour l'opération de la cryptorchidie. Dans cette position, l'opérateur se place en face de la tumeur herniaire. Il exerce plus commodément des pressions directes avec les doigts, en repoussant vers la profondeur de l'aîne. Ici

encore les résultats ne sont pas encourageants. Ils sont aussi incertains que précédemment, pour les mêmes raisons. Il n'est donc pas à conseiller.

2° Taxis rectal.

Ne peut également pas être employé seul avec beaucoup de succès, car s'il permet de pratiquer la réduction de l'anse intestinale herniée, ce n'est pas sans déprimer sa vitalité et sans produire des lésions graves pouvant aller même jusqu'à la déchirure. Comme le taxis scrotal, il peut être exercé sur l'animal debout ou couché, soit en position costale, soit, mieux encore, en position dorsale.

3° Taxis mixte ou scroto-rectal.

C'est le seul taxis à recommander dans les cas de hernie sans forte tension et quand elle est formée depuis peu de temps. Voyons tout d'abord ce procédé sur le cheval debout.

Pour éviter tout mouvement de défense de l'animal, il est prudent de lui entraver les deux membres postérieurs, soit au paturon ou au-dessus des jarrets et de lui appliquer un tord-nez ; la tête étant tenue haute. L'opération sera grandement facilitée si le cheval se trouve sur un plan incliné, à pente assez rapide, pour élever le train de derrière. Le poids de l'intestin agit déjà comme force en l'attirant hors le sac herniaire.

Dans le cas d'une hernie à gauche, l'opérateur introduit son bras droit, préalablement huilé, dans le rectum, à la recherche de l'anneau inguinal supérieur. Si le rectum contient des excréments, il faut, bien entendu, l'en débarrasser. Une fois l'anneau repéré, on trouve facilement l'anse intestinale qui y est engagée. A travers les parois du rectum, il saisit cette anse intestinale et exerce sur elle des tractions douces et progres-

sives pour la soulever vers la voûte abdominale. Ces tractions devront être produites dans le sens du canal inguinal, c'est-à-dire en une direction oblique de bas en haut, d'arrière en avant et de dedans en dehors. Ces tractions doivent donc avoir pour direction le creux du flanc de l'animal, correspondant au côté de l'ectopie. Cette intervention pourra être complétée en imprimant des mouvements de rotation à l'anse intestinale autour de l'orifice supérieur du canal inguinal et en les alternant avec les tractions directes.

En même temps, la main gauche de l'opérateur se porte dans la région de l'aîne (en passant en avant de la région rotulienne), pour y exercer les pressions méthodiques sur le sac scrotal, mais d'une façon simultanée avec le taxis rectal. Il y a donc deux actions combinées, mais distinctes, ayant pour but et souvent pour résultat la réintégration de l'intestin dans l'abdomen : l'une attire, l'autre repousse cette anse herniaire. Il va sans dire que ces manipulations demandent une certaine habileté de l'opérateur, comme une certaine force de sa part, car ce travail est pénible, surtout pour la main opérant les massages dans la région de l'aîne. De cette façon, on se rend compte de la rentrée graduelle de l'intestin dans l'abdomen et quand la région étranglante est dépassée, celui-ci rentre alors sans effort et brusquement ; l'anneau inguinal supérieur est devenu libre et permet d'y engager deux à trois doigts qui peuvent alors sentir l'extrémité des doigts de la main gauche, placée dans le pli de l'aîne et remontant dans le canal inguinal, chose qui n'était pas possible lorsque la hernie existait. Si ce travail est pénible, il est néanmoins beaucoup plus recommandable que celui effectué par un aide pratiquant le taxis scrotal, car les actions sont beaucoup plus douces, plus régulières et synchrones et synergiques, si l'on peut s'exprimer ainsi.

Quand il s'agit d'une hernie à droite, c'est le bras gauche que l'on introduit dans le rectum, la main droite pratiquant le **taxis scrotal**.

Taxis mixte en position décubitale.

Ici encore, le cheval peut être placé en position costale, le membre postérieur correspondant à la hernie étant toujours porté en abduction ; ou en position dorsale, l'arrière-main étant soulevée par rapport à la tête de l'animal. Pour cela, quelques bottes de paille, placées sous le dos et la croupe suffisent. Les muscles abdominaux sont ainsi relâchés, ce qui entraîne également l'ouverture plus grande de l'anneau inguinal supérieur, sa lèvres antéro-interne, musculaire, étant distendue. De plus, la masse intestinale toute entière est refoulée vers la région diaphragmatique, ce qui produit une force attractive sur la partie herniée et contribue à son dégagement.

Si le praticien est seul, il doit tout d'abord pratiquer un massage de la région scrotale pour permettre aux matières alimentaires, tout au moins à celles qui sont liquides et aux gaz contenus dans l'anse intestinale herniée, d'être refoulés autant qu'il est possible dans les parties intestinales restées libres. Ceci permet de diminuer le volume de la masse herniaire et aussi d'activer la circulation du sang dans la partie étranglée. Cette action des deux mains, qui doit être compressive, depuis la base du testicule jusque dans la profondeur de l'aîne, doit se pratiquer pendant cinq à dix minutes. Ce massage terminé, on introduit le bras droit dans le rectum, toujours à la recherche de l'anse intestinale ectopiée. On effectue alors les mêmes tractions que précédemment, mais ici, avec beaucoup plus de chances de succès, vu la position du sujet.

Si le praticien dispose d'un aide expérimenté, après avoir massé lui-même la tumeur scrotale, il lui fera effectuer l'action compressive pour refouler l'intestin vers la partie supérieure de la gaine, pendant que lui effectuera le taxis scrotal.

Il nous faut faire une remarque très importante. Quel que soit le genre de taxis utilisé et la position du sujet, il faut opérer lentement, d'une façon douce, régulière et progressive, car une réduction brusque et en masse est impossible.

On reconnaît très facilement la réduction de la hernie : l'anneau inguinal est devenu libre, ouvert ; il n'y a plus d'anse intestinale s'y engageant et l'on ne sent plus que les éléments normaux du cordon testiculaire qui y pénètre.

En somme, ces différents taxis médiats sont des interventions, souvent graves, qui nécessitent et demandent une main exercée pour être conduites à bonne fin. De tous ces procédés, on devra choisir celui par lequel l'opérateur intervient à la fois et simultanément par le taxis scrotal et le taxis rectal. Ce n'est que dans le cas d'insuccès que l'on peut prendre un aide habile et expérimenté pour pratiquer le taxis scrotal.

Pour faciliter ce taxis, quel que soit le procédé employé, beaucoup de praticiens ont conseillé depuis longtemps l'utilisation de certaines substances médicamenteuses ou non, pour aider à la résorption de la hernie. Nous pouvons ainsi citer : l'eau froide, le chloral, l'éther, la morphine, le chloroforme.

Emploi préalable de l'eau froide dans le taxis.

Utilisée depuis très longtemps, l'eau froide, soit en douches, soit en ablutions ou en compresses, rend de grands services, en facilitant beaucoup la réduction.

C'est ainsi que, dans les Compagnies des Omnibus, comme dans toutes les grandes cavaleries de la capitale, aussitôt les premiers symptômes de hernie apparus et en attendant l'arrivée du vétérinaire traitant, les palefreniers pratiquaient des douches scrotales. L'action de l'eau froide a, en effet, pour résultat la décongestion des tissus avoisinants, en même temps que de l'intestin. Si l'hyperhémie n'était pas diminuée de beaucoup dans quelques cas, par contre, il n'y avait pas à craindre son augmentation et le vétérinaire se trouvait en présence d'une hernie étranglée, mais dont le caractère inflammatoire était léger et permettant de pratiquer un taxis sans aucun danger. C'est ainsi que les statistiques établies par les vétéri-

naires des Dépôts des Compagnies des Voitures à Paris n'accusent pas une forte mortalité pour le cas de hernies inguinales étranglées, qui était alors, à cette époque, très nombreuses et toutes traitées par le taxis.

Il est aussi à remarquer que le taux de cette mortalité n'a pas énormément diminué, du fait de l'utilisation rationnelle de l'opération classique.

L'emploi de l'eau froide est donc à conseiller avant et même pendant la réduction de la hernie inguinale aiguë.

Emploi des anesthésiques et des narcotiques.

Nombreuses sont encore ici les substances utilisées par différents praticiens et depuis très longtemps. Selon eux, les anesthésiques « relâchaient les parties affectées ». Mais, dans les explications qu'ils donnaient sur les heureux effets de leur emploi, ils commettaient encore une erreur : celle du siège de l'étranglement. Pour eux, ce relâchement se produisait dans les fibres musculaires de la lèvre antéro-interne de l'anneau inguinal supérieur, qui était contracté et produisait l'étranglement, disaient-ils. En anesthésiant localement la région herniaire, on relâchait ces fibres musculaires et l'on supprimait l'obstacle. Mais, en réalité, nous savons maintenant que ce n'est point cet anneau inguinal supérieur qui intervient dans l'étranglement. On peut expliquer les résultats que donne l'emploi des anesthésiques par ce fait qu'ils atténuent ou font disparaître la douleur qui se traduisait par des réactions violentes, ce qui rend l'accomplissement du taxis beaucoup plus facile et plus fructueux. Mais aucune action directe n'agit sur la région étranglante, qui, elle, n'est jamais contractée et ne peut par conséquent être relâchée.

C'est ainsi que BAGGÉ et GRUNEWALD, vétérinaires militaires russes, conseillaient, vers 1880, de pratiquer le taxis scroto-rectal, mais en employant préalablement le procédé suivant :

Avant de coucher le cheval en position dorsale, le rectum était vidé manuellement et à l'aide de lavements. Puis ils injectaient alors un lavement d'un demi litre d'eau contenant de 4 à 20 grammes d'hydrate de chloral et 60 à 70 centigrammes d'acétate de morphine. En même temps, sur les bourses, ils disposaient de l'éponge ou du coton imbibé de chloroforme, sans jamais dépasser 60 grammes. Au bout de dix minutes, ils pouvaient toujours obtenir la réduction par le taxis et ceci en très peu de temps.

UCHER préconisait les pulvérisations d'éther sur la région testiculaire.

En résumé, les anesthésiques, quels qu'ils soient, employés localement, ont une action sédative. Il en est de même de l'eau froide, qui calme également la douleur, mais provoque de plus une vaso-constriction de la peau, des tuniques et de l'intestin lui-même.

B. — TAXIS IMMEDIAT

Le praticien peut également réduire la hernie par le taxis, mais en ayant incisé, au préalable, soit une partie ou la totalité des enveloppes du testicule. Nous aurons alors, suivant le cas, un taxis vaginal ou un taxis direct.

1° **Taxis vaginal** : Le cheval est couché en position costale, du côté opposé à la hernie, le membre postérieur correspondant est porté en abduction. Avec un bistouri convexe, on incise le scrotum et le dartos sur toute l'étendue du bord inférieur du testicule et suivant son grand axe. Les lamelles conjonctives sous-dartoïques sont également incisées et les enveloppes externes sont énuclées aussi haut que possible, comme pour la castration à testicules couverts. On exerce alors les mêmes pressions sur la région testiculaire que dans le taxis médiat.

La compression faite par les doigts peut faire rentrer l'intestin, mais pas plus facilement que par le taxis scrotal. Le taxis rectal peut également lui être associé.

PATEY, qui pratiquait ce taxis vers 1840, conseillait de lui associer des injections huileuses ou de mucilage dans le canal inguinal. Après l'incision des enveloppes superficielles et leur énucléation, il ponctionnait au bistouri la fibreuse et la vaginale, au-dessus de la masse testiculaire, en partie externe. A l'aide de cette perforation, il injectait de l'huile belladonnée ou un extrait d'opium, qu'il répartissait dans la gaine, par le massage. Selon lui, il se produisait un relâchement, au bout de quelques instants, et la réduction était possible et facile.

Mais il faut remarquer que, dans l'huile belladonnée, c'est tout simplement l'huile qui intervient, pour faciliter la réduction. C'est donc un simple lubrifiant, la belladone n'ayant aucune action et n'étant qu'un fait d'atavisme, lorsque l'on considérait encore l'orifice supérieur du canal inguinal comme un sphincter. C'est à LEBLANC père que l'on attribue, le premier, l'emploi de l'huile belladonnée.

2° Taxis direct : DELAFOY aîné, ROUPP et beaucoup de vétérinaires l'utilisaient au commencement du siècle dernier ; RENAULT qui, vers 1835, débridait encore l'orifice supérieur du canal inguinal, avec insuccès, par rechute et éventration, l'utilisait également avec profit. En voici la technique opératoire :

Après avoir fait pratiquer, par un aide, la vidange du rectum, le cheval est couché sur le côté opposé à l'ectopie, le membre postérieur correspondant étant toujours porté en abduction. La région des bourses est savonnée, puis irriguée avec une solution antiseptique et badigeonnée à l'alcool à 90° ou, de préférence, à la teinture d'iode officinale. Les instruments nécessaires sont : un bistouri convexe, une sonde cannelée, un trocart capillaire, des pinces à forci-pression, un casseau et les pinces à castration, le tout soigneusement bouilli et stérile. L'anesthésie est ici inutile.

Premier Temps : Incision des tuniques externes.

Faite dans les mêmes conditions que pour le taxis vaginal.

Deuxième Temps : Incision des tuniques profondes.

Les enveloppes superficielles étant énuclées aussi haut que possible, comme précédemment dans le taxis vaginal, on pratique à la partie postérieure du bord inférieur du testicule une petite incision de la tunique vaginale de un à deux centimètres de longueur, pour permettre la simple introduction de la sonde cannelée qui est poussée en avant dans le sens du grand axe du testicule. Cette sonde servant de guide au bistouri, permet d'agrandir l'incision de la vaginale, sans risquer de blesser l'intestin ectopié. On met complètement à nu le testicule et bien souvent l'anse herniée apparaît plus ou moins congestionnée, suivant le degré de constriction et le moment d'intervention.

Troisième Temps : Réduction proprement dite.

L'intestin et l'intérieur de la gaine étant détergés et aseptisés, l'opérateur doit faire réintégrer l'intestin dans l'abdomen en agissant directement sur celui-ci à l'aide des doigts, par des pressions toujours douces et progressives. On commence par réduire les parties avoisinantes, le collet de la gaine, c'est-à-dire la partie actuellement étranglée ; au fur et à mesure de la réintégration de l'intestin, on agit vers la base de l'anse intestinale herniée.

L'opérateur peut se faire ouvrir la gaine en y disposant au bord de son ouverture des pinces à forci-pression, qu'un aide tient écartées. On pourra encore ici utiliser l'huile tiède comme lubrifiant.

Quand les liquides ou les gaz s'opposent à la réintégration de l'intestin dans l'abdomen, on peut annihiler l'obstacle au

moyen de deux ou plusieurs ponctions au trocart capillaire, les ponctions étant pratiquées aussi près que possible de la base d'insertion du mésentère. Les gaz et les liquides s'échappent et c'est un moyen inoffensif méritant d'être employé. Si les gaz et les liquides ne sont pas évacués assez vite, on pourra les aspirer avec une seringue, ou, mieux, avec un aspirateur de Potain. On a même été jusqu'à recommander des injections d'huile dans la cavité de l'intestin pour ramollir et délayer les matières alimentaires solides qu'il renferme. Cette injection se fait également avec un trocart capillaire, au niveau de la petite courbure de l'intestin, pour éviter l'épanchement ultérieur du contenu. L'injection faite, on malaxe très doucement. Cette intervention ne présente pas de dangers sérieux, mais elle n'est pas néanmoins très recommandable. Si la réduction reste impossible par le simple taxis, l'opérateur n'aura qu'à compléter son intervention par le débridement du collet, comme nous le verrons tout à l'heure.

Le taxis rectal facilite encore ici la réduction, mais il doit alors être fait par un aide pour éviter toute souillure de la gaine.

Quatrième Temps : Oblitération de la gaine.

L'intestin refoulé dans la cavité abdominale, on ferme la gaine vaginale en appliquant un casseau sur le cordon couvert, comme nous le verrons dans l'opération chirurgicale proprement dite.

Ce genre de taxis n'est pas à recommander, car il a tous les inconvénients de la kélotomie sans en avoir le moindre avantage. Tout d'abord, il nécessite l'ouverture de la gaine vaginale, l'exposant à l'air et aux souillures extérieures. De plus, il ne respecte pas le testicule, qui doit être enlevé ; la réduction étant plus difficile que lorsqu'il y a débridement, il n'y a donc pas intérêt à l'employer. Si le chirurgien ouvre la gaine, il a avantage à supprimer le point d'étranglement

pour réintégrer l'intestin plus rapidement et sans le contusionner, ni l'anémier.

Suites du Taxis.

Une fois l'intestin rentré dans l'abdomen et que l'on s'est assuré, par la fouille rectale, de la réduction complète on relève doucement le sujet, s'il était en position décubitale.

Il faut s'arranger pour que ce relever se fasse sans effort ; pour cela, des aides vigoureux et forts le soulèvent par la queue, tandis que d'autres le poussent à l'encolure et au garrot.

L'animal est reconduit à l'écurie, mais en le disposant sur un plan incliné, pour que l'arrière-main soit surélevée, de façon à ce que l'intestin soit refoulé vers le diaphragme. Si l'animal présente encore quelques signes de coliques, il faut le faire surveiller et l'empêcher de se rouler, car il pourrait y avoir récédive, la gaine n'étant pas oblitérée ; c'est là le gros désavantage du taxis.

Pour que le sujet soit plus tranquille, certains praticiens recommandent d'injecter, en intra-veineuse, de la morphine, sous forme de chlorhydrate, 25 à 50 centigrammes, dissous dans 5 à 10 cc. d'eau. Cette injection doit être faite aussitôt la réduction, avant de relever le cheval. L'injection étant faite dans une veine, l'une des jugulaires, par exemple, il n'y a pas de phase excitatoire et le relever du cheval est calme. La douleur intestinale, qui peut persister un peu, est fortement diminuée, le cheval ne s'agite plus, il n'y a donc plus à craindre la récédive, les mouvements de l'intestin étant très limités.

D'autres praticiens recommandent l'application de compresses aussi froides que possible sur la région scrotale, et en laissant le cheval quelque temps en décubitus dorsal, ceci dans les cas de réduction par le taxis médiateur seulement, pour amener une vaso-constriction locale et un resserrement des tissus.

BAGGÉ et GRUNEWALD prévenaient la rechute par le dispositif

suivant : après avoir réduit la hernie par le taxis médiat et scrotal et avant de relever le cheval, ils appliquaient sur le cordon, recouvert de toutes ses enveloppes et le plus près possible de l'anneau inguinal inférieur, une bande de forte toile assez large. Cette bande est entortillée et maintenue serrée en nouant simplement ses deux chefs. Elle est laissée en place huit à douze heures, jusqu'à ce que le testicule et ses enveloppes « se trouvent enflammés d'une manière assez notable ». BAGGÉ n'a jamais vu de la sorte aucune récidive après le taxis. En effet, ce lien produit une augmentation assez considérable du volume du cordon et des bourses qui obstrue en grande partie et bien souvent complètement le goulot de la gaine vaginale, ce qui s'oppose à la reproduction de la hernie.

Dans les premières heures, ce n'est qu'une simple congestion qui fait suite à une véritable infiltration et à un épaississement inflammatoire, qui peut même entraîner des adhérences entre les deux feuillets de la gaine vaginale.

Cet engorgement disparaît au bout de trois à six jours, et vers le huitième, on n'en voit plus aucune trace. Ce procédé ne lésant en rien le testicule et le cordon, peut être employé avantageusement et avec succès.

Les frictions vésicantes ne sont plus à employer aujourd'hui ; elles produisent une action qui est trop tardive et trop irritante.

Quand toutes les enveloppes du testicule ont été incisées ou si l'on a pratiqué un taxis vaginal, le plus sûr moyen pour éviter la récidive est d'imprimer à la gaine un ou deux tours de rotation sur elle-même et d'y appliquer un casseau, comme nous le verrons tout à l'heure pour la kélotomie.

Utilité et valeur du taxis.

La plupart des traités de pathologie chirurgicale ne conseillent guère l'emploi du taxis, sous n'importe quelle forme.

Quelques auteurs le rejettent même tout à fait. C'est ainsi que DUCHER écrit : « Les classiques recommandent de ne pas s'attarder beaucoup au taxis, nous irons plus loin en le déconseillant tout à fait, comme inutile et dangereux, en raison de son action traumatisante sur l'anse herniée, dès que l'étranglement est nettement caractérisé ». Notre opinion n'est point du tout la même que cette dernière, le taxis n'ayant jamais été pour nous inutile et nous ayant rendu de grands services. Le taxis ne peut être inutile, puisqu'il permet de réduire une hernie ; dangereux ? non, s'il est pratiqué par une main habile et assurée.

On reproche au taxis d'agir à l'aveugle, de contusionner et d'anémier l'intestin, de produire même des déchirures. Il nous est nécessaire de dire qu'il ne peut être employé dans tous les cas de hernie étranglée ; ce serait folie de soutenir pareille idée. Si la hernie étranglée est déjà ancienne, si l'on soupçonne que les lésions intestinales produites par l'étranglement sont à un degré tel, que l'intestin est très friable et d'une grande fragilité, si le degré de constriction est exagéré, nous ne devons pas intervenir par le taxis. Là, une intervention chirurgicale, même très tardive, sera toujours justifiée.

Mais, dans le cas de hernie inguinale aiguë vraiment récente, ne remontant pas à plus de cinq ou six heures, et dans tous les cas où l'étranglement est léger, peu accentué, le taxis doit toujours être essayé, puisqu'il a le grand avantage de conserver le testicule de l'animal. Dans ces cas, nous injectons à l'animal une ampoule de 25 centigrammes de morphine, en intra-veineuse, pour empêcher ou atténuer les efforts expulsifs, lors de la fouille rectale, qui sont toujours très violents.

Puis nous commençons à essayer la réduction en position debout, mais toujours par le taxis scrotal combiné avec le taxis rectal. Au bout de cinq à six minutes, on se rend compte si l'intestin progresse, oui ou non, vers l'abdomen. Dans le premier cas, nous continuons alors ce taxis ; dans le second, si aucune réduction ne semble possible, nous couchons immédia-

tement le sujet en position dorsale, les deux membres postérieurs écartés du plan médian. Nous continuons alors par un massage scrotal de trois à quatre minutes et ensuite par le taxis scrotal et rectal combiné. Si ces manœuvres sont faites avec les précautions nécessaires, doucement et méthodiquement, on obtient un résultat favorable, qui est plus ou moins rapide. Il n'y a aucun inconvénient à prolonger ce taxis dix à vingt minutes. Si les bras de l'opérateur se fatiguent vite, il peut même arrêter le taxis pour le continuer quelques instants après. Rarement nous n'obtenons pas le résultat escompté : la réduction. Dans ce cas rare, nous pratiquons l'opération complète, ou kélotomie, sans jamais nous arrêter à un taxis vaginal ou direct : mieux vaut pratiquer le débridement.

Les fausses réductions ne sont point possibles par le taxis, en examinant attentivement et minutieusement l'anneau inguinal supérieur par la fouille rectale.

Par le taxis, il n'y a que la récurrence à craindre ; nous obviens momentanément à cet inconvénient en plaçant l'animal sur un plan incliné, le train de derrière assez surélevé. Nous avons néanmoins constaté cette récurrence.

C. — KELOTOMIE

Nous allons décrire la technique de l'opération de la hernie inguinale, ou, comme on a l'habitude de la désigner : la kélotomie ; c'est le procédé classique, qui, seul, ménage le plus la délicatesse de l'intestin.

CONTENTION.

Le sujet est toujours opéré en position couchée, l'abatage se faisant avec les moyens ordinaires.

L'animal est couché en position costale, sur le côté opposé

à celui de l'ectopie, sur un lit de paille abondant, que nous disposons soit près d'un chariot à quatre roues ou à proximité de deux arbres séparés de cinq à six mètres pour y fixer les plates-longes nécessaires au maintien en abduction, du membre postérieur.

Deux plates-longes sont donc fixées sur le canon de ce membre ; l'une est tirée par deux aides dans la direction du garrot, l'autre perpendiculairement à l'axe vertébral et également tenue par deux aides. Une fois le membre porté en forte abduction, on les fixe soit en faisant un tour ou deux autour de l'arbre correspondant, soit en les passant, entre deux barreaux de la roue, sur la jante et en y faisant également un tour ou deux.

Il est alors facile à un seul aide de tenir la plate-longe, le cheval est fortement immobilisé, si on l'empêche de tourner en maintenant le lac toujours tendu et en direction perpendiculaire à la colonne vertébrale, la tête étant toujours maintenue très en arrière.

ANESTHÉSIE

Doit-on anesthésier le patient pour opérer une hernie inguinale aiguë ? A ce propos, bien des auteurs ne sont pas d'accord. MAURI et DEGIVE la déconseillent comme étant complètement inutile, coûteuse en entraînant parfois des accidents mortels, comme le relate ALMY (B. S. V., 1899), dans un cas de mort par pneumonie chloroformique. D'autres auteurs la déclarent indispensable, ayant eu des cas malheureux, faute d'anesthésie, comme BIOT.

Que faut-il faire en pareil cas ? Si l'anesthésie n'est pas toujours nécessaire, elle a ses avantages et est toujours recommandable. Elle supprime les mouvements de défense et permet au praticien d'opérer avec plus d'assurance et de précision. Elle évite la sortie d'une portion plus ou moins grande de l'intestin

après le débridement du collet, l'exposant ainsi aux souillures extérieures, à l'infection, conduisant rapidement à la péritonite. Il est donc préférable d'anesthésier le sujet.

De quelle façon doit être faite cette anesthésie ?

Le meilleur moyen et pour ainsi dire, le seul à recommander est l'anesthésie générale par le chloroforme, d'une façon douce et progressive, mais discontinue.

Pour cela, on utilise un masque ou, quand on n'a rien à sa disposition, de simples tampons de coton imbibés de chloroforme. Il faut avoir soin de vaseliner les naseaux. Le sommeil est parfait, le réveil toujours rapide, les opérés se relevant immédiatement dès la fin de l'opération. Une injection préalable de 25 à 50 centigrammes de morphine dans la jugulaire est à recommander.

L'anesthésie par le chloral, soit en intra-veineuse, soit en lavement, celle par la morphine seule ou le sulfonal, sont moins recommandables en pareil cas, le chloral ayant une action vaso-dilatatrice pouvant amener une hémorragie intestinale par les vaisseaux déjà lésés par l'étranglement ; la morphine ne donnant pas une anesthésie complète et le sulfonal ayant une action trop tardive et trop lente.

Le seul gros inconvénient de l'anesthésie par le chloroforme est de nécessiter une surveillance active et la présence d'un aide supplémentaire.

MATÉRIEL INSTRUMENTAL.

Les instruments et les objets dont il convient de se munir sont : un bistouri convexe et un bistouri boutonné ; une sonde cannelée, des pinces à forci-pressure, une paire de ciseaux droits, dont les branches sont démontables et d'une longueur de 17 à 20 centimètres, une aiguille courbe et fine pour suture intestinale si besoin, de la soie ou du tantgut, un casseau courbe et la pince à castration.

Nous délaissions complètement, pour le débridement du

collet, les herniotomes, leur préférant l'emploi du bistouri boutonné ou surtout d'une simple branche de ciseaux droits.

TECHNIQUE OPERATOIRE

1° DÉSINFECTION.

La région scrotale est savonnée et lavée, ainsi que le fourreau, les faces internes des membres et toutes les parties avoisinant la région inguinale. On enveloppera le sabot du membre en abduction d'une serviette, pour éviter la chute de poussières ou de matières organiques venant infecter la plaie.

Nous complétons toujours ce lavage par un badigeonnage à la teinture d'iode. Les mains du chirurgien doivent être d'une asepsie rigoureuse, ainsi que tous les instruments utilisés qui seront bouillis au préalable.

Premier Temps : Ouverture des enveloppes superficielles.

Nous nous plaçons à genoux, non en arrière de l'animal, pour éviter les atteintes par le jarret de ce dernier, mais bien en face de la région inguinale et de la face interne du membre porté en abduction. Le corps légèrement courbé, pour que la tête ne soit pas dans le champ d'action du sabot de l'animal.

Dans cette position, il n'y a aucun danger, si les plates-longes sont toujours tendues et fortement arrimées. Dans la main gauche, nous saisissons la masse du cordon enflammé et congestionné et nous faisons saillir le testicule dans ses bourses. Le bistouri convexe, tenu en archet par la main droite, incise le scrotum et le dartos sur toute l'étendue du bord inférieur du testicule, en dépassant même sa longueur, pour rendre plus faciles les manœuvres qui vont suivre. Nous incisons ensuite par de très légers coups de bistouri les couches cellulo-conjon-

tives sous-dartosiennes. Le bistouri est remis dans le plateau à instruments et l'énucléation de la gaine vaginale est faite comme dans la simple castration à testicule couvert, mais toujours avec l'aide seule des doigts. Cette énucléation est faite aussi haute que possible et très soigneusement, pour éviter tout froissement de l'intestin. Dans les cas de hernie extra-vaginale, l'intestin apparaît alors d'emblée, puisqu'il a fait irruption par la gaine vaginale.

Deuxième Temps : Incision de la tunique vaginale.

Entre le pouce et l'index de la main gauche, nous saisissons la gaine vaginale vers la partie postéro-inférieure de la masse testiculaire, de façon à former un pli transversal que nous ouvrirons en petite boutonnière, avec l'extrémité des ciseaux droits. Si le pincement de la gaine est bien effectué, il n'y a aucun danger de prendre l'intestin et de le blesser. Par cette ouverture, nous laissons s'écouler le jet séro-sanguin qui accompagne toujours l'ouverture de la gaine vaginale en pareil cas. Cette petite boutonnière permet d'engager l'extrémité de la sonde cannelée, tenue dans la main gauche, et qui est poussée dans le sens du grand axe du testicule. Le bistouri dans la main droite, tenu en archet renversé, nous le glissons dans la cannelure et nous incisons largement la gaine vaginale, d'arrière en avant, pour mettre à nu le testicule, le cordon et l'anse intestinale herniée qui peut descendre jusqu'au fond de la gaine vaginale. Dans ce cas d'oschéocèle, nous examinons attentivement l'aspect de l'intestin pour fixer notre pronostic. On reconnaît facilement sa présence à sa forme arrondie, à son aspect lisse et aussi à sa couleur, qui est variable suivant le degré de l'étranglement, allant du rouge plus ou moins accusé au noir bleuâtre.

A remarquer que l'ectopie se fait généralement en avant et en dedans du cordon testiculaire.

Troisième Temps : Débridement du collet.

Aussitôt l'ouverture du sac herniaire, nous procédons à l'examen du point d'étranglement pour en connaître l'intensité. Cette manœuvre se fait à l'aide de l'index droit, que nous introduisons doucement dans le canal inguinal, la pulpe au-dessus, en l'engageant dans le collet. Nous nous assurons alors, s'il y a possibilité, de l'emplacement de l'intestin, afin de l'éviter pendant le débridement.

Comme nous l'avons vu précédemment, c'est sur le collet de la gaine que doit porter uniquement le débridement et en n'incisant que la séreuse et la fibreuse, le crémaster devant être respecté. Cette incision doit toujours être faite en dehors, vu la position de l'artère grande testiculaire et de celle de l'intestin. De plus, le muscle crémaster pouvant laisser la gaine vaginal fermée.

L'index gauche est introduit, pulpe au-dessus, jusqu'à ce qu'il dépasse le collet pour l'immobiliser ; à ce moment-là, un aide saisit le testicule et lui imprime une traction légère vers le bas, pour abaisser quelque peu le collet. Le bistouri boutonné tenu dans la main droite, on le fait glisser sur le doigt introduit jusqu'au collet, de la façon suivante : la lame à plat, le tranchant dirigé vers la partie postérieure, de façon que le dos de la lame corresponde à l'intestin pour ne pas le blesser. Généralement, la constriction n'est pas trop forte et cette pénétration est possible. Il ne reste plus qu'à faire effectuer un quart de rotation en dehors à la lame tranchante de l'instrument.

La bride du collet est tellement tendue qu'elle se coupe d'elle-même ; nous y ajoutons néanmoins quelques légers mouvements de scie, mais cette incision doit être très bornée en étendue et surtout en profondeur, pour ne pas toucher au crémaster. Le débridement effectué, le doigt constate immédiatement le relâchement du collet et la cessation de l'étrangle-

ment. C'est à ce moment qu'il faut craindre une éventration, s'il n'y a pas d'anesthésie ou si elle est insuffisante, quand l'animal se livre à des mouvements expulsifs violents.

A l'exemple de M. R. MOUSSU, nous remplaçons le bistouri boutonné par une branche de ciseaux droits, que nous introduisons de la même façon, le tranchant étant toujours dirigé en partie postérieure. Une fois le mouvement de rotation effectué (un quart de tour vers l'extérieur), on imprime à cette branche de ciseaux les mêmes mouvements de scie. Elle a l'avantage de donner un débridement moins brutal et moins rapide, permettant de mieux respecter le crémaster. Bien souvent, un simple mouvement de bascule de cette branche, vers le haut, en abaissant le poignet, suffit pour le débridement. Il est également plus aisé de tenir cette branche de ciseaux que l'on a très bien en main et aussi tout praticien possède une paire de ciseaux droits démontables, ce qui n'est pas toujours le cas pour un bistouri boutonné.

Quatrième Temps : Réduction de l'intestin.

Si l'intestin ne présente ni perforation, ni gangrène, ni trace de souillures extérieures, il est inutile de lui faire subir un lavage antiseptique. Nous le réintégrons alors d'emblée dans l'abdomen, en exerçant, à l'aide des doigts, des poussées légères sur l'une des branches de l'anse herniée et en commençant toujours par sa partie supérieure. Cette réduction est facile, une fois le débridement accompli, si l'animal est calme et n'effectue pas d'efforts expulsifs. Il est nécessaire de s'assurer que cette réduction est complète pour se mettre à l'abri des fausses réductions. L'exploration rectale pourra également être faite après l'occlusion de la gaine.

Si l'on constate des perforations de l'intestin, avant de le réintégrer dans l'abdomen, il y a lieu de les fermer par quelques points de suture intestinale.

La résection d'une portion de l'intestin et la suture de ses abouts est impossible chez le cheval, elle donne toujours des résultats malheureux.

Cinquième Temps : Occlusion de la gaine.

A l'exemple de FÉLIZET, après avoir opéré la réduction de l'anse herniée, nous recouvrons le cordon de la gaine vaginale et nous imprimons à cette masse testiculaire un tour, un tour et demi et même deux tours de torsion. Nous appliquons alors un casseau courbe, aussi haut que possible, sur le cordon recouvert de ses enveloppes. Nous complétons par l'ablation du testicule, la section du cordon étant faite à deux centimètres du bord inférieur du casseau.

Ce procédé évite absolument toute récurrence, la torsion mettant à l'abri de ce danger, en oblitérant complètement la gaine vaginale jusqu'à son anneau supérieur. Il ne reste plus aucun cul-de-sac permettant l'introduction du plus petit des organes abdominaux.

Nous complétons l'opération par la castration à testicule couvert de l'autre côté et par un badigeonnage du champ opératoire à la teinture d'iode officinale.

Le cheval est ensuite relevé, bouchonné énergiquement s'il est en sueur, reconduit à l'écurie et surveillé. Les coliques intenses ont généralement disparu, il ne reste plus que quelques souffrances dues à la castration.

Les opérés sont soumis pendant quatre ou cinq jours à un régime blanc, ne comprenant que des barbotages légèrement laxatifs. L'animal sera attaché au râtelier pendant quarante-huit heures, ou muni d'un collier à chapelet pour l'empêcher d'arracher le casseau et de produire une éventration. Tels sont les seuls soins à donner à l'animal, en les complétant, bien entendu, d'une injection de sérum antitétanique.

Accidents et complications consécutifs à la kélotomie.

Nous allons les mentionner rapidement, simplement à titre de mémoire.

Les blessures de l'intestin ne peuvent avoir lieu si la technique opératoire est bien exécutée et si le sujet est anesthésié. L'hémorragie est peu à craindre, les tissus étant peu vasculaires, si l'on évite les vaisseaux testiculaires. L'éventration, qui était si souvent le résultat du manuel opératoire de GIRARD, est également rare et même inexistante si le sujet est suffisamment anesthésié. La hernie extravaginale et la récurrence sont peu à craindre par la torsion de la gaine ; le seul grand écueil est la péritonite, provenant de l'infection par les microbes de l'intestin ayant traversé ses tuniques lésées, car, si l'opérateur a appliqué les règles de l'asepsie, la contamination ne peut venir de l'extérieur.

Disons aussi que cette péritonite apparaît douze à vingt-quatre heures après l'opération, entraînant la mort de l'animal rapidement. Parfois, elle est tardive et c'est alors une péritonite sèche.

Mentionnons également ce que l'on désigne sous le nom de septicémie herniaire. C'est la résorption des toxines intestinales contenues dans l'anse herniée et qui passent dans la circulation, entraînant une intoxication générale, qui produit la mort.

D. — PROCÉDES PARTICULIERS

Voyons maintenant deux procédés particuliers, celui de FÉLIZET et celui de SARCIRON, ce dernier pouvant être employé quand on veut laisser intact le testicule.

Méthode de Félizet : Le sujet couché et le membre postérieur relevé, toutes les enveloppes du testicule sont incisées

comme pour la castration à testicule découvert. Il applique sur le cordon un lien aseptique dont les extrémités nouées ont une longueur de 50 centimètres ; ce lien formant garrot, il sectionne le testicule et, par le taxis, il refoule le moignon du cordon dans l'abdomen, en conservant les chefs de la ligature à l'extérieur. Le passage vers le collet n'est pas élargi, mais la constriction de l'intestin est beaucoup moins forte et il pouvait aisément repousser l'intestin dans l'abdomen ; il ne restait plus alors qu'à attirer le cordon vers l'extérieur et d'occlure la gaine. Ce procédé n'a que le seul avantage d'éviter le débridement, qui, du temps de FÉLIZET, était encore regardé comme dangereux. Il n'est pas à conseiller et la kélotomie doit lui être préférée dans tous les cas.

Méthode de Sarciron : Connue sous le nom de Herniotomie sous-cutanée, elle a le seul avantage de laisser intact le testicule, mais, comme le taxis, elle expose à la récurrence.

Premier temps : Incision du scrotum et du dartos sur une longueur de deux centimètres et demi d'avant en arrière sur la face externe du testicule. Dilacération du tissu sous-dartosien avec l'index et les ciseaux courbes.

Deuxième temps : Incision de la gaine vaginale un peu en dessous de l'anneau inguinal inférieur, toujours dans le sens transversal. Cette incision est faite sur une longueur juste suffisante pour livrer passage au doigt indicateur.

Troisième temps : DÉBRIDEMENT. L'index de la main gauche est introduit dans l'intérieur de la gaine jusqu'au collet servant alors de guide, on introduit le bistouri boutonné, posé à plat sur l'index, lame en dehors et tranchant en arrière. Quand il a dépassé le lieu d'étranglement, on lui imprime un quart de rotation en dehors et en le retirant on incise légèrement le collet.

Quatrième temps : RÉDUCTION. Faite par le taxis rectal

Cinquième temps : OCCLUSION DE LA PLAIE. Les ouvertures faites à la vaginale et aux tuniques externes ne coïncidant pas, il n'y a pas communication entre l'extérieur et la gaine. La plaie cutanée est simplement suturée et fermée avec une couche de collodion.

Cette opération donne de bons résultats quand il faut respecter l'intégrité du testicule sur un étalon de grand prix, mais la récurrence est toujours à craindre.

OBSERVATIONS

Premier cas : Cheval entier, ardennais-belge, 4 ans, élevé par le propriétaire et uniquement employé pour le travail des champs. Atteint de coliques violentes depuis deux heures. A notre arrivée, la palpation de la région testiculaire nous révèle la présence d'une hernie étranglée à gauche, qui est réduite au bout de dix minutes par le taxis rectal combiné au taxis scrotal effectué en position debout. Les coliques disparaissent au bout d'une demi-heure et le cheval reprend son travail deux jours après. A été castré deux mois plus tard.

Deuxième cas : Poulain mâle, âgé d'environ quatorze mois, acheté en Belgique, par le Syndicat des chevaux de trait de la région et revendu à un cultivateur. Lors de l'achat, aucune anomalie n'est constatée, du côté des bourses, les testicules sont normaux et bien descendus. Des coliques de moyenne intensité apparaissent après que l'animal a été lâché pour aller à l'abreuvoir. L'examen du sujet permet de trouver une hernie étranglée à gauche. Le poulain est aussitôt couché et maintenu en position dorso-lombaire, avec le train postérieur surélevé. Après quelques pressions lentes et méthodiques sur la tuméfaction scrotale, la hernie est réduite sans de trop grandes difficultés. Vu le jeune âge du poulain et l'étroitesse du rectum, la réduction ne peut être confirmée par l'examen de l'anneau inguinal supérieur ; aucune récurrence n'est constatée pendant l'année qui suivit l'accident.

Au cours de cette année, de petites coliques sont observées une seule fois, mais elles ne sont consécutives qu'à une légère indigestion. Le poulain, ne plaisant pas au propriétaire comme futur étalon, fut castré sans aucune complication.

Troisième cas : Etalon de 15 ans, faisant la monte, élevé par son propriétaire et n'ayant jamais présenté d'affection analogue.

Commémoratifs : Le cheval a été occupé toute la journée à des travaux de culture assez pénibles et attelé en sous-verge à une charrue (bissoc), avec trois autres chevaux, dont une jument, accouplée devant et présentant quelques chaleurs ; de ce fait, l'étalon a été très excité, tirant la charrue presque seul et se cabrant très fréquemment. Rentré le soir à l'écurie, il refuse de manger et manifeste des attitudes de chien assis, avec coliques aiguës.

Le taxis scrotal est effectué par un aide, le cheval étant en position dorso-lombaire. Au bout de vingt minutes de ce taxis combiné avec le taxis rectal, le résultat est complet. Remis en service au bout de quelques jours et sans récurrence constatée jusqu'à l'abatage de l'animal, en vue de la boucherie, par suite d'une fracture de l'humérus droit.

Quatrième cas : Etalon de 4 ans, faisant la monte, présentant une hernie inguinale étranglée à droite. Après quelques essais infructueux de réduction par le taxis sur l'animal debout, celui-ci est couché dans les mêmes conditions que précédemment. La hernie est volumineuse, descendant jusqu'au fond des bourses. La réduction est complète en moins de quinze minutes par le taxis combiné. L'indisponibilité du malade n'a été que de quelques jours.

Cinquième cas : Etalon belge, âgé de cinq ans, acheté depuis quelques mois par le propriétaire. Lors de l'achat, aucun symptôme anormal n'est relevé dans la région testiculaire.

Présenté à la commission de surveillance des étalons destinés à la monte, l'animal est soumis à un temps de galop pendant quelques minutes, pour examen au point de vue du cornage chronique. Aussitôt rentré à la ferme, il est pris de coliques

sourdes, qui vont bientôt en empirant. Le premier symptôme observé est l'attitude dorsale, quoique de courte durée, au cours des manifestations provoquées chez le malade par les douleurs intestinales. La palpation des régions inguinales révèle, à droite, une tuméfaction élastique, englobant toute la partie externe du cordon testiculaire. Le testicule est lui-même très gros et dur. Le diagnostic de hernie étranglée est confirmé par l'exploration rectale.

Des essais de réduction par le taxis sont essayés sans succès, sur l'animal debout. L'animal est donc couché aussitôt et maintenu en position dorsale. La tumeur scrotale est massée doucement de bas en haut, par rapport à la position actuelle du cheval. Le testicule maintenu haut par un aide ; de plus fortes compressions sont exercées vers l'aine par les deux mains, emprisonnant toute la surface de la tumeur : aucun résultat n'étant observé au bout de quelques minutes, le taxis est essayé par la voie rectale, mais la main se fatigue rapidement et laisse échapper l'organe hernié.

Ne pouvant faire en même temps les deux taxis, vu la corpulence du cheval, le taxis scrotal est confié à un aide. Au bout de dix minutes de taxis combinés, la main introduite dans le rectum perçoit peu à peu le retrait de l'intestin hernié dans l'abdomen, qui s'effectue ensuite totalement avec un bruit de clapet.

La réduction est terminée, mais, vu le temps relativement long pour cette opération, il est naturel de songer à une congestion plus ou moins intense de l'organe hernié ; le cheval manifeste encore quelques coliques assez vives pendant trente minutes ; aussi des compresses froides sont appliquées sur la région testiculaire. Les coliques s'apaisent peu à peu et le malade cherche à manger une heure après.

Pendant tout le cours de l'intervention, le propriétaire n'espérait aucune chance de succès ; aussi, vu le prix élevé de l'étalon et craignant une récurrence possible, ce dernier fut l'objet d'un échange cinq mois plus tard.

Sixième cas : Etalon de cinq ans, faisant la monte, présente des coliques de moyenne intensité, à la suite d'une saillie. A l'examen des régions testiculaires, on découvre une hernie assez volumineuse à gauche. Même procédé de réduction que pour les cas précédents, taxis scrotal combiné, avec l'aide simplement du fils du propriétaire. Réduction complète au bout de quinze minutes environ.

Récidive deux mois après, à la suite d'une nouvelle saillie ; par précaution, l'étalon n'avait pas fait la monte pendant ces deux mois. Nouvelle réduction, plus facile cette fois, toujours par le même procédé. Un mois après, nouvelle récidive, toujours après une saillie, et même résultat heureux par le taxis scrotal combiné avec le taxis rectal.

Afin d'éviter de nouveaux accidents, la saillie est complètement supprimée. Aucune récidive n'est constatée jusqu'au jour de la vente au commerce du cheval, six mois après la dernière récidive. Aucun renseignement n'a été fourni ultérieurement au propriétaire, concernant le cheval.

CONCLUSION

Cette étude particulière du taxis, comme moyen de traitement de la hernie inguinale étranglée chez le cheval entier, nous montre qu'il rend de grands services et qu'il est à la portée de tous, comme la kélotomie, du reste.

Nous l'employons toujours sur les étalons atteints de cette affection et devant faire la monte, pour lesquels il est nécessaire de conserver leur pouvoir reproducteur.

Il nous a donné d'excellents résultats, en nous souvenant que la hernie inguinale aiguë est une affection grave et que les manœuvres du taxis ne sont pas toujours sans danger ; mais on peut les employer sans appréhender de complications mortelles, si elles sont faites hâtivement et avant que l'organe hernié ne soit par trop congestionné. Nous réservons la kélotomie pour les cas où l'étranglement est extrême et pour les chevaux entiers non utilisés comme reproducteurs.

Vu : le Doyen,
BALTAZARD.

Vu : le Président de Thèse,
LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- MONTANÉ et BOURDELLE. — Anatomie régionale des animaux domestiques.
H. BOULEY. — Dictionnaire de médecine vétérinaire. Tome 9.
— — Recueil médecine vétérinaire, 1873, 1874, 1875.
CADIOT et ALMY. — Traité de Thérapeutique chirurgicale.
TESTUT. — Anatomie topographique. Tome 2.
GIRARD. — Traité des hernies.
VERRIER. — Recueil médecine vétérinaire, 1874, 1880.
GRIMAL. — Recueil vétérinaire, 1920, 1921.
PATEY. — Recueil vétérinaire, 1847.
SARCIRON. — Archives vétérinaires, 1881.
FELIZET. — Archives vétérinaires, 1880.
REY. — Journal de Lyon, janvier 1879.
BIOT. — Recueil vétérinaire, 1892.
BARRY. — Recueil vétérinaire, 1874.
TRASBOT. — Recueil médecine vétérinaire, 1874.
ALMY. — Bulletin Société vétérinaire, 1899.
NOCARD. — Archives vétérinaires, 1881.
CAVARD. — Recueil vétérinaire, 1900.
MONVOISIN. — Thèse de doctorat, Alfort, 1929.
BAGGÉ et GRUNEWALD. — Oesterreich Monatschrift für Thierheickunde

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS.	7
<i>Première partie :</i>	
Anatomie descriptive de la région inguinale.....	9
Organes déplacés ou herniés	13
Siège de l'étranglement	16
<i>Deuxième partie :</i>	
A. — TAXIS MÉDIAT	22
1° Taxis scrotal.	22
2° Taxis rectal	23
3° Taxis mixte ou scroto-rectal	23
Emploi préalable de l'eau froide dans le taxis.....	26
Emploi des anesthésiques et des narcotiques.....	27
B. — TAXIS IMMÉDIAT	28
1° Taxis vaginal	28
2° Taxis direct	29
Suites du taxis	32
Utilité et valeur du taxis	33
C. — KÉLOTOMIE	35
D. — PROCÉDÉS PARTICULIERS	43
E. — OBSERVATIONS	46
CONCLUSION.	50
BIBLIOGRAPHIE	51

